

KANSAN TERVEYS



KANSANTERVEYSLAITOKSEN TIEDOTUSLEHTI • FOLKHÄLSOINSTITUTETS INFORMATIONSTIDNING
LOKAKUU 8/2000 OKTOBER

KTL 8/2000

■ **Pääkirjoitus:**

Valon pohjoinen ulottuvuus
Sivu 1

■ **Kirkasvalo auttaa yövuoron rasiin sopeutumisessa**
Sivu 2

■ **Kirkasvalo tehoaa aikaerorasitukseen**
Sivu 2

■ **Sarastusvalo parantaa unen laatua**
Sivu 2

■ **Depressio Suomessa – lisääntykö masennus ja ylihoitetaanko sitä**
Sivu 3

■ **Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen Suomessa 1999**
Sivu 4

■ **Väitöskirja-artikkeli: Terveystietoa Karjalan tasavallasta**
Sivu 9

■ **Suomalaiset luottavat lääketieteeseen ja geenitutkijoihin**
Sivu 10

■ **Lapsen riskiä saada HIV-tartunta äidiltään voidaan vähentää**
Sivu 10

TARTUNTATAUTITILANNE
SUOMESSA SS. 5–8

- Tartuntatautitilanne Suomessa
- Pellossa MRSA-epidemia
- Diagnostiikka ongelmallista
- Tartuntatautien neuvottelukunnan kokous 25.9.2000

VALON POHJOINEN ULOTTUVUUS

Maamme pohjoinen sijainti avaa meille mahdollisuuden nauttia vuodenaikojen vaihtumisesta ja samalla sopeutua valoisuuden ja lämpötilan mittaviin muutoksiin vuosikierron aikana. Päivän ja yön vaihtuminen tahdistaa kehon ”sisäistä kelloa”. Se muodostuu tehtävänsä eriytyneistä hermosoluista, joiden toimintaan vaikuttavat valon ja ulkoilman lämpötilan lisäksi myös liikunta, ruokavalio, ikääntyminen ja sairauksista esimerkiksi masennustila. Keho säätelee sisäisen kellonsa toimintaa ympäristöstä tulevien tai sisäisten ärsykkeiden perusteella. Valo on voimakas ja merkittävä sisäisen kellon tahdistaja.

Aikabiologia on tieteen ala, joka tutkii sisäisen kellon toimintaa ja sen häiriöitä. Sisäisen kellon ”rytmihäiriöt” voivat aiheuttaa lähes jokaiselle erilaisia oireita vuorotyön ja lento-matkojen yhteydessä. Oikein ajoitettu kirkasvaloaltistus on näissä häiriöissä osoittautumassa yhdeksi nopeimmista ja tehokkaimmista keinoista tahdistaa sisäisen kellon toimintaa ja lievittää oireita. Valolla pyritään näissä tapauksissa luomaan vuorokauteen valoisan ja pimeän vaihtelu, johon kehon sisäisen kellon on helppoa sopeutua.

Myös lyhenevä päivä aiheuttaa muutoksia sisäisen kellon toimintaan. Suurin osa suomalaisista ei kuitenkaan koe vuodenaikoihin liittyvän ongelmia, mutta väestöstä noin prosentti kärsii talvisin toistuvasta masennustilasta eli kaamosmasennuksesta. Tämän lisäksi noin 10–25 prosenttia väestöstä kärsii samankaltaisista, mutta lievemmistä oireista ilman masennusta. Kirkasvaloaltistus on kaamosmasennuksen käypä hoito. Alustavan näytön mukaan se tehoaa myös lievempiin, talvisin toistuviin oireisiin. Hoidon vaikutustapojen tutkiminen on osoittanut valon vähentävän melatoniinin tuotantoa ja edistävän serotoniinin viestinsiirtoa sekä tahdistavan sisäistä kelloa.

Viime vuosina kertynyt tieteellinen näyttö osoittaa, että silmille näkyvää valoa voidaan tietyissä tapauksissa menestyksellisesti käyttää hoitokeinona. Valon käytön soveltamista etsittäessä yleisesti keinoja edistää vireyttä on syytä edelleen tutkia.

Timo Partonen
Timo Partonen, KTL

KIRKASVALO AUTTAA YÖVUORON RASITUKSIIN SOPEUTUMISESSA

Vuorotyörasitukseen liittyvä uni-valverytmin häiriö ilmenee uneliaisuutena ja torkahteluna työssä ja toisaalta unettomuutena työn jälkeisellä vapaalla. Kirkasvalosta voi olla apua vuorotyörasituksen ehkäisyssä.

Vuorotyörasituksen oireina ovat tavallisesti huonovointisuus, uupumus, päänsärky, keskittymisvaikeudet, ärtyneisyys, vatsavaivat, ruokahaluttomuus ja unettomuus. Vuorotyön luonnon vuorokaudenaika, etenkin työskentely yöllä, altistaa kehon biologisen kellon häiriöille. Vuorotyön vaihtuva aikataulu häiritsee lisäksi vuorokausirytmiänsä tasaisesti tahdistamista.

Sairaaloissa säännöllistä yövuoroa tekevillä hoitajilla toteutetussa tutkimuksessa kokeiltiin kirkasvalohoitoa lieventämään yövuoron jälkeen koettuja oireita. Se toteutettiin touko-heinäkuussa ja loka-joulukuussa. Tutkimuksesta tiedotettiin sairaanhoitajapäivillä, ja tutkittaviksi valittiin asiasta kiinnostuneiden osastojen hoitohenkilökunta. Tutkimukseen osallistui kesällä 85 henkilöä (ikä 26–57 vuotta) ja talvella 57 henkilöä (ikä 22–54 vuotta). Tutkimukseen sisältyi aluksi kahden viikon kartoitusjakso (ilman kirkasvaloa), sen jälkeen kahden viikon valonkäyttöjakso ja lopuksi kahden viikon seurantajakso (ilman kirkasvaloa) sekä kesällä että talvella. Jokaisen yövuoron jälkeen tutkittavat täyttivät oirekyselyn ja ottivat valojakson aikana kirkasvaloa 4 x 20 minuuttia ennalta sovitun aikataulun mukaisesti.

LUPAAVAT TULOKSET

Tutkimuksen tulokset olivat lupaavia. Kirkasvaloahoito vähensi yövuorojen jälkeen koettuja oireita selvästi sekä talvella myös kesällä. Tutkittavien oireipistemäärä väheni kirkasvalon vaikutuksesta keskimäärin 29, 26 ja 18 prosenttia kolmen toisiaan seuraavan yövuoron jälkeen. Kirkasvalosta hyötyi 76 prosenttia tutkittavista. Mutta 17 prosentille se aiheutti haittavaikutuksia.

Jatkuvan univajeen ja siitä johtuvan liiallisen väsymyksen takia vuorotyörasitus altistaa elimellisille vaivoille ja erilaisille onnettomuuksille etenkin tarkkaavaisuutta vaativissa toimissa. Etenkin epäsäännöllisesti ja melko nopeasti (joka 4.–14. päivä) vaihtuvat vuorot altistavat valtaosan työntekijöistä vuorotyörasitukselle, kun henkilön biologinen kello ei tahdistu riittävän nopeasti ympäristön noudattamaan aikatauluun. Vuorotyöhön sopeutuminen vaikeutuu luonnostaan myös iän myötä.



Vuorotyörasituksen ehkäisyssä keistä onkin järkevien työvuorolistojen laatiminen. Oireiden hoitoon kirkasvalon käyttö vaikuttaa tehokkaalta keinolta. Jotta aikataulun laatiminen kirkasvalon käyttöä varten onnistuisi ilman mahdollisia haittoja, on otettava huomioon kunkin työyksikön toiminnan ominaispiirteet ja siellä suoritettavien tehtävien sisältö. □

*Timo Partonen, KTL
(09) 4744 8859, timo.partonen@ktl.fi*

Pauliina Piironen, TTL

Jouko Lönnqvist, KTL

KIRKASVALO TEHOAA AIKAERO- RASITUKSEEN

Nopea aikavyöhykkeiden ylitys lentäen altistaa kehon biologisen kellon häiriöille. Etenkin lennot, jotka suuntautuvat itään, alkavat yöllä ja kestävät pitkään, aiheuttavat aikaerorasisituksen valtaosalle miehistöstä ja matkustajista. Kirkasvalohoidolla voidaan nopeasti ja tehokkaasti helpottaa aikaerorasisituksen oireita. Sekä valolle altistumisen että sen välttämisen oikea ajoitus ovat yhtä tärkeitä.

Aikaerorasisitukseen liittyvä uni-valverytmin häiriö ilmenee päiväsaikaisena uneliaisuutena ja toisaalta unettomuutena, jotka ovat mahdollisia suihkulentokoneella aikavyöhykkeiden yli suuntautuneiden matkojen jälkeen. Oireet ovat haittaavia useimmiten, kun vähintään kolme aikavyöhykettä on ylitetty.

Aikaerorasisituksen oireita ovat tavallisesti huonovointisuus, uupumus, päänsärky, keskittymisvaikeudet, ärtyneisyys, vatsavaivat, ruokahaluttomuus ja unettomuus. Ne johtavat usein huomattavaan, tosin tilapäiseen sosiaalisen toimintakyvyn laskuun. Oireet kestävät yleensä

muutaman päivän ja häviävät sen jälkeen, kun henkilön biologinen kello on tahdistunut kohdemaan aikaan.

LENTOEMÄNNÄT TUTKITTAVINA

Suomalaisen lentohenkilökunnan keskuudessa toteutettiin tutkimus yhteistyössä Finnairin työterveyshuollon kanssa. Kirkasvaloahoitotutkimukseen valittiin tietyillä, vähintään kolmen aikavyöhykkeen yli suuntautuneilla lentoreiteillä työskentelevät henkilöt. Tutkimukseen osallistui 79 henkilöä. He täyttivät oirekyselyn kaksi päivää jokaisen lentomatkan jälkeen. Tutkimusohjeen mukaisesti tutkittavat ottivat kirkasvaloa suorittamiensa lentomatkojen jälkeen ennalta sovitun aikataulun mukaisesti tai eivät käyttäneet sitä lainkaan.

Tutkimuksen tulokset olivat lupaavia. Kirkasvaloahoito vähensi aikaerorasisituksen oireita selvästi itään päin suuntautuneiden lentojen jälkeen. Tutkittavien oireipistemäärä väheni kirkasvalon vaikutuksesta keskimäärin 66 prosenttia itään päin ja 36 prosenttia länteen päin suuntautuneiden lentomatkojen jälkeen. Ilman kirkasvaloa tutkittavien oireipistemäärä väheni vastaavasti 14 prosenttia ja 16 prosenttia. Kaikki tutkittavat hyötyivät kirkasvalosta itään päin suuntautuneiden lentomatkojen jälkeen, ja 88 prosentilla tutkittavista oireet lievenivät ilman kirkasvaloa. □

*Timo Partonen, KTL
(09) 4744 8859, timo.partonen@ktl.fi*

Sami Leppämäki, KTL

Jouko Lönnqvist, KTL

SARASTUSVALO PARANTAA UNEN LAATUA

Sarastusvaloahoito parantaa unen laatua, se helpottaa heräämistä ja mahdollisesti myös parantaa vireyttä

aamun tunteina. Mutta kaamosmasennuksen hoidossa se ei ole yhtä tehokas kuin kirkasvalohoito.

Kehon biologiset rytmit auttavat ennakoidaan yksilössä ympäristön muutoksia. Nämä rytmit syntyvät kehon sisäisen kellon muodostavien, tähän tehtävänsä eriytyneiden hermosolujen toiminnasta. Niitä tahdistavat erilaiset joko sisäiset tai ympäristöstä tulevat ärsykkeet.

Valo on voimakas biologisten rytmien tahdistaja ja siksi sisäisen kellon toiminta häiriintyy talvisin. Talvella vuorokausirytmien ja uni-valverytmin täsmällinen tahdistaminen toisiinsa ontuu, mikä heijastuu univaikeuksien lisääntymisenä. Vähäisetkin mutta pitkään jatkuneet uni-häiriöt voivat huomattavasti heikentää yleistä terveydentilaa.

HERÄÄMINEN VALOON

Sarastusvalon käyttö voi parantaa unenlaatua ja vireyttä huomattavalla osalla väestöstä talven aikana. Sarastusvalo on eräs valohoidon muoto, jossa aamulla vähitellen kirkastuva valo matkii aamun sarastumista ja herättää henkilön. Se saattaa auttaa kehon sisäistä kelloa pysymään täsmällisesti 24 tunnin aikataulussa ja helpottaa heräämistä sekä virkeänä pysymistä aamun tunteina.

Unenlaadun parantamista sarastusvalolla tutkittiin yhteistyönä Groningenin yliopiston kanssa. Tutkimus toteutettiin yhtäläisellä asetelmalla molemmissa maissa. Satunnaisotantaan perustuen lähetettiin yhteensä 2 000 aikuiselle kutsukirje tutkimukseen osallistumiseksi. Vuorotyö, sairaalahoido edeltäneen puolen vuoden sisällä ja säännöllinen lääkehoito sulki pois tutkimuksesta. 200 ensimmäiseksi vastannutta henkilöä otettiin mukaan tutkimukseen.

Tutkimus suoritettiin loka-marraskuussa ja tammi-maaliskuussa. Puolella tutkittavista kahden viikon sarastusvalojaksoa seurasi kahden viikon jakso ilman sarastusvaloa kaksi kertaa. Puolet tutkittavista noudatti päinvastaista asetelmaa. Tätä edelsi kahden päivän sopeutumiskakso, jonka aikana tutkittavia neuvottiin sarastusvalolaitteen käyttöön ja he saivat valita itselleen sopivan valonvoiman (100, 200 tai 300 luksia) käytettäväksi koko tutkimuksen ajan. Unenlaatu arvioitiin päivittäin erillisellä lomakkeella. Tuloksen analysoimiseksi sovellettiin RE-mallien mukaisia menetelmiä.

Tutkimuksen suoritti loppuun 178 (91 %) 195 osallistujasta. Heistä 99 oli naisia ja 79 miehiä, joiden keski-ikä oli 35 vuotta. Sarastusvalo vaikutti selvästi unenlaatuun. Unenlaatu oli aluksi 0,32 yksikköä huonompi sarastusvalon vaikutuksesta, tasoittui kolmen päivän kuluksi ja oli lopulta 1,19 yksikköä parempi kahden viikon kuluttua. Unenlaatu parani lineaarisesti 0,11 yksikköä päivässä kahden viikon sarastusvalojakson aikana.

Valitulla valonvoimalla ei ollut vaikutusta tulokseen. □

Timo Partonen, KTL
(09) 4744 8859, timo.partonen@ktl.fi

Jari Haukka, KTL

Jouko Lönnqvist, KTL

DEPRESSIO SUOMESSA – LISÄÄNTYYKÖ MASENNUS JA YLIHOIDETAANKO SITÄ?

Masennustila (depressio) on yleisempiä mielenterveyden häiriöitä ja seurausvaikutuksiltaan mielenterveyden häiriöistä keskeisin. Masennustilat osoittautuivat WHO:n taannoisessa Global Burden of Disease -tutkimuksessa neljänneksi tärkeimmäksi toimintakyvyttömyyden aiheuttajaksi maailmassa vuonna 1990, ja ennusteissa vuodelle 2020 depressio oli jo kiilannut kakkoseksi. Masennuslääkkeiden lisääntynyt käyttö vasta tasaa alikäyttöä.

DEPRESSIO ON MERKITTÄVÄ KANSANTERVEYSONGELMA

Depressioon liittyy merkittävä itsemurhakuolleisuus ja tässä suhteessa se onkin mielenterveyden häiriöistä tärkein. Masennukseen liittyvät kysymykset ovat olleet paljon esillä julkisuudessa viime vuosina, ja yleinen mielikuva näyttää olevan, että masennus on rajusti yleistynyt. Onko tämä kuva totuudenmukainen?

EI SELVÄÄ MUUTOSTA ESIINTYVYYDESSÄ VÄESTÖTUTKIMUKSISSA

Masennustilojen esiintyvyyttä on viimeksi Suomessa kartoitettu vuonna 1996 toteutetussa TERVA-tutkimuksessa. Siinä selvitettiin DSM-III-R vakavien masennusjaksojen esiintymistä 12 kuukauden aikana maamme aikuisväestössä. Ikävakioutu esiintyvyyksi oli 9,3 prosenttia, mikä vastannee noin 350 000–400 000 aikuista vuodessa. Verrattuna aikaisempiin epidemiologisiin selvityksiin, esimerkiksi pari vuosikymmentä sitten toteutettuun Mini-Suomi-tutkimukseen, mitään merkittävää muutosta depression esiintymisessä ei voida todeta tapahtuneen. Äivan varmoja johtopäätöksiä ei ole olemassa olevien epidemiologisten tutkimusten pohjalta voi tosin vetää, koska haastattelumenetelmät ovat jonkin verran vaihdelleet tutkimuksesta toiseen, samoin kartoitettavan ajanjakson kesto. Kansainvälisessä vertailussa löydös vastaa hyvin muissa länsimaissa tehtyjä tutkimuksia.

Tulos on joka tapauksessa hämmäntävä, kun sitä suhteutetaan selvästi lisääntyneeseen masennuslääkkeiden käyt-

töön, selvästi lisääntyneeseen hoitoon haakeutumiseen ja eläkkeelle jäämiseen depression vuoksi 1990-luvulla. Mahdollinen tulkinta voisikin olla, että kulttuurimme on muuttunut mielenterveysasioissa avoimemmaksi, kynnys hoidon hakemiselle on madaltunut (vaikka vieläkin korkeahko), ja ehkä myös suorituskykyvaatimukset ovat nousseet työelämässä. On myös mahdollista, että lievemmät masennustilat ovat yleistyneet vakavampien pysyessä ennallaan.

LÄÄKEHOIDON KASVU ALIHOIDON KORJAANTUMISTA

Julkisuudessaakin on pohdittu, käytetäänkö masennuslääkkeitä nykyisin liikaa, kun niiden käyttö on kasvanut nelinkertaiseksi 1990-luvun aikana. Edellä mainitussa TERVA-tutkimuksessa kartoitetaan parhaillaan masennukseen 1996 saatua hoitoa. Esitiedot kertovat, että masennuksen vuoksi hoitoon hakeudutaan siltäkin melko harvoin; vain 27 prosenttia masennuksesta kärsineistä on hakenut apua terveydenhuollosta, näistä noin puolet (13 %) ilmoitti haastattelussa käyttävänsä ajankohtaisesti masennuslääkettä. Kontakti terveydenhuoltoon muista syistä kuin masennuksen vuoksi oli huomattavasti useammalla. Koska antidepressanttien käyttöä kysyttiin ajankohtaista lääkitystä selvitetäessä, oli osa masennuslääkettä vuoden aikana käyttäneistä saattanut jo lopettaa niiden käytön.

Tutkimuksen antama kuva voi siten olla aliarvio, mutta myös tiedot lääkkeiden myyntiluvuista viittaavat samaan suuntaan – masentuneita on paljon enemmän kuin masennuslääkkeiden käyttäjiä. Lääkkeiden käytön kasvu on myös nähtävä sitä taustaa vasten, että masennuksen alihoido oli vuosikymmen sitten huomattava ongelma, jota on aktiivisesti pyritty korjaamaan. Lisäksi on otettava huomioon, että antidepressantteja määrätään paljon myös kroonisen kivun, ahdistuneisuushäiriöiden ja syömishäiriöiden hoitoon. Tällä hetkellä näyttää epätodennäköiseltä, että masennuslääkkeitä käytettäisiin yleisesti liikaa. Lääkehoidon alikäyttö on nyt korjaantumassa; jatkossa olisi tarpeen kiinnittää enemmän huomiota myös masennuksen muiden hoitomuotojen kuten psykoterapioiden sekä ei-lääkkeellisten biologisten hoitojen saatavuuteen. □

Erkki Isometsä, KTL

(09) 4744 8658, erkki.isometsa@ktl.fi
Kirjallisuutta

Lindeman S, Hämäläinen J, Isometsä E, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkinen M, Aro H. The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 178-184.

Laukkala T, Isometsä E, Hämäläinen J, Heikkinen M, Aro H. Antidepressant treatment received by depressed subjects in the Finnish general population (abstract). *Proceedings of the Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 2000 May 13-18; Chicago (IL), USA.*

ELÄKEIKÄISEN VÄESTÖN TERVEYS- KÄYTTÄYTYMINEN SUOMESSA 1999

Kansanterveyslaitos on vuodesta 1985 kerännyt tietoa kahden vuoden välein eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytymisestä ja koetusta terveydentilasta. Vuodesta 1993 lähtien tutkittaviksi on vakiintunut 65–84-vuotiaat. Elintavat ovat hiljalleen parantuneet joskin aiemmin maksututavat useimmiten jatkuvat myös eläkkeellä. Muuttavatko suuret ikäluokat tapojaan, jää nähtäväksi.

Vuoden 1999 tutkimuksen henkilöt valittiin sukupuolen ja iän mukaan ositetulla otoksella. Lähtöotoksen koko oli 2 400. Heistä tavoitettiin 2 390. Viimeisimmässä kyselyssä vastausprosentiksi saatiin miehillä 72 ja naisilla 78. Vuoden 1999 tutkimuksessa miesten vastausprosentti hieman laski edellisestä tutkimuksesta (vuonna 1997 80 %). Synä vastaushalukkuuden laskuun lienevät eräät miesten kyselylomakkeeseen kuuluneet sukupuolista aktiivisuutta mittaavat kysymykset. Tästä huolimatta seniorikansalaiset ovat kuitenkin aktiivisempia vastaajia kuin työikäiset.

ASUMINEN JA AMMATTITAUSTA

Eläkeikäisistä miehistä ja naisista hieman yli puolet asui kaupunkikunnissa. Miehistä yksin asuvia oli 20 ja naisista 51 prosenttia. Myös suurin osa leskistä oli naisia. Ennen eläkkeelle siirtymistä miehistä 38 ja naisista 47 prosenttia oli työskennellyt toimisto- ja palvelutyössä. Vuoden 1997 tutkimukseen verrattuna edellä mainitussa ammattiryhmässä miesten osuus oli lisääntynyt kymmenen prosenttia. On todennäköistä on, että vähän koulutettujen alhaisempi vastausaktiivisuus vuonna 1999 verrattuna vuoteen 1997 selittää osittain tämän ilmiön. Noin neljännes sekä miehistä että naisista oli työskennellyt maanviljelyksen parissa. Eläkeikäisten maanviljelijöiden määrä on vähentynyt koko 1990-luvun, vaikka se oli edelleen melko suuri verrattuna työikäiseen väestöön.

TERVEYDENTILA JA ELÄMÄNTYYTYVÄISYYS

Eläkeikäisistä miehistä 40 ja naisista 42 prosenttia arvioi oman terveytensä vähintään melko hyväksi. Itse raportoitu terveys oli parempi nuorilla ja korkeammin koulutetuilla vastaajilla. Miehistä 75 ja naisista 79 prosenttia raportoi 13 sairauden listasta ainakin yhden, jonka he olivat kokeneet kuluineen vuoden aikana. Erilaisia oireita ja vaivoja oli ilmennyt edeltävän kuukauden aikana miehistä 82

ja naisista 89 prosentilla. Miehistä eniten oirehtivat lesket. Miehistä 79 ja naisista 89 prosenttia käytti ainakin yhtä lääkettä 13 lääkkeen listasta. Yleisimpiä olivat verenpaine-, sydän- ja särkyläkkeet. Naisilla lisäksi unilääkkeiden sekä rauta- ja vitamiinivalmisteiden käyttö oli melko yleistä.

Ainoastaan hieman yli kaksi prosenttia oli tyytymättömiä tai erittäin tyytymättömiä elämänsä saavutuksiin. Myös harvat kokivat voimakasta jännitystä tai stressiä. Tulevaisuuden tuntuminen toivottomalta ja tunne, ettei kykene suoriutumaan arkielämän vaatimuksista lisääntyi jonkin verran iän myötä, mutta oli kokonaisuudessaan suhteellisen vähäistä. Korkean koulutuksen saaneilla toivottomuuden tunne ei ollut aivan yhtä yleistä kuin vähemmän koulutetuilla eläkeläisillä.

TUPAKOINTI

Eläkeikäisten miesten päivittäinen tupakointi on vähentynyt koko 1990-luvun. Vuonna 1999 säännöllisesti tupakoivien miesten määrä oli jälleen pienempi kuin vuonna 1997. Eläkeikäisten naisten päivittäistupakoinnin määrässä ei ollut tapahtunut merkittäviä muutoksia. Tupakoivia naisia oli edelleen suhteessa miehiin erittäin vähän. Miehistä 74 ja naisista 21 prosenttia kertoi tupakoineensa ainakin joskus elämänsä aikana.

Naimattomat ja eronneet sekä yksin asuvat tupakoivat muita enemmän. Tämä ilmiö on havaittu myös aiempina tutkimusvuosina. Vähäisemmän koulutuksen saaneista miehistä 13 prosenttia kertoi tupakoivansa päivittäin. Vastaava luku korkeamman koulutuksen omaavilla oli kahdeksan prosenttia. Aiemmissa raporteissa korkeammin koulutetuista naisista tupakoi tai oli joskus elämänsä aikana säännöllisesti tupakoinut lähes kaksi kertaa enemmän kuin vähemmän koulutetut. Viimeisen raportin mukaan tämä ero oli tasoittunut.

RUOKATOTTUMUKSET

Eläkeikäisistä miehistä 11 ja naisista 18 prosenttia kertoi käyttävänsä "lääkärin määräämää" erikoisruokavaliota. Vähän koulutetuilla ja yksin asuvilla naisilla erikoisruokavaliion noudattaminen oli yleisempää kuin ylempään koulutuksen saaneilla sekä muiden kanssa asuvilla eläkeikäisillä. Naimattomat, eronneet ja lesket jättivät useimmin aamupalan syömättä. Noin neljännes kertoi käyttävänsä ruoan valmistuksessa kasviöljyä. Voita leivän päällä käytti miehistä 17 ja naisista 13 prosenttia. Voin käytöstä oli siirrytty yhä enemmän kevyempiin rasvatuotteisiin. Kasvistanolimargariinin käyttö oli hieman vähentynyt vuoden 1997 tutkimuksesta.

Korkeammin koulutettujen rasvojen käyttö oli hieman useammin terveyssuositusten mukaista kuin vähän koulutettujen. Esimerkiksi kasvistanolimargariinia leivän päällä käytti korkeammin koulutetuista naisista 12 ja alemmin koulutetuista neljä prosenttia. Voin käyttö oli myös sel-

västi koulutusryhmäsidoonista, varsinkin miehillä. Korkeammin koulutetuista miehistä yhdeksän ja vähän koulutetuista 21 prosenttia käytti voita leivän päällä. Rasvatonta maitoa joivat yleisimmin korkeimmin koulutetut naiset.

Tuoreita vihanneksia ja juureksia söi päivittäin 21 miehistä ja 28 prosenttia naisista. Hedelmien ja marjojen päivittäisen syönnin osuudet olivat hieman alhaisemmat: 17 ja 27 prosenttia. Edellä mainitut ruoka-aineet kuuluivat selvästi useimmin korkeammin koulutettujen päivittäiseen ruokavalioon.

Ruokatottumukset ovat kehittyneet myönteiseen suuntaan vuoden 1985 tutkimuksesta vuoteen 1999. Voin käyttö leivän päällä on vähentynyt huomattavasti, samalla kun on lisätty ruoan valmistuksessa kasviöljyn määrää. Myös maidon juonnissa on siirrytty yhä enemmän rasvattomaan maitoon. Hedelmien ja marjojen käytön määrässä yhtä selvää kehitystä ei ole havaittavissa. Eläkeläiset ovat kuitenkin lisänneet hiljalleen vihanneksen käyttöä.

Koulutusryhmittäiset erot rasvojen käytössä ovat olleet samansuuntaisia koko 1990-luvun ajan. Voin käyttö on vähentynyt niin korkean kuin matalan koulutustason ryhmissä. Naisilla voin käytön koulutusryhmittäinen ero ei ole eri vuosina ollut niin suuri kuin miehillä.

ALKOHOLINKÄYTTÖ

Eläkeikäisistä miehistä oli edellisen vuoden aikana käyttänyt alkoholia 76 ja naisista 50 prosenttia. Alkoholinjuonti yleistyi hieman vuodesta 1997. Miehet olivat lisänneet edellisen viikon aikana juodon oluen, väkevien ja viinin määrää. Naisilla lisäys näkyi etupäässä viinin juomisena. Miehet joivat edelleen yleisimmin olutta ja naiset viiniä. Alkoholin käyttö oli ikä- ja koulutusryhmäsidoonista. Selvästi yleisintä se oli nuorimmassa viisivuotiskäryhmässä. Korkeamman koulutuksen saaneet, etenkin naiset, käyttivät useammin alkoholia kuin vähemmän koulutetut.

Viikko-/päivittäiskäytöstä raportoi 26/5 prosenttia miehistä ja 12/1 prosenttia naisista. Miehistä kaikki muut ikäryhmät paitsi 75–79-vuotiaat olivat lisänneet vähintään kahdeksan ravintola-annoksen nauttimista viikoittain. Naisissa kaikki ikäryhmät olivat hieman lisänneet yli viiden ravintola-annoksen viikoittaista nauttimista. Alkoholin käytön koulutusryhmittäiset erot ovat olleet selkeitä koko 1990-luvun. Miehistä vähintään kahdeksan viikkoannosta ja naisissa vähintään viisi viikkoannosta nauttineita on kaikkina 1990-luvun tutkimusvuosina ollut eniten korkeimmin koulutettujen ryhmässä.

VAPAA-AJAN LIIKUNTA

Miehistä 67 ja naisista 63 prosenttia ilmoitti kävelevänsä vähintään neljä kertaa

jatkaa sivulla 9

TARTUNTATAUTITILANNE SUOMESSA

RAPORTOIDUT MIKROBILÖYDÖKSET

Syksy on lopullisesti saapunut, mutta toistaiseksi on ollut aurinkoista ja kuivaa ainakin Etelä-Suomessa. Tartuntatautirintamalla on ollut melko rauhallista, kesän satoa korjataan vielä lähinnä niveljalkaisten levittämien tautien osalta. Suolisto- ja hengitystiepatogeeniluvut eivät ole heilahtaneet ylöspäin ja viime viikkojen aikana epidemiaepäilyilmoituksia infektioepidemiologian osastolle ei juuri ole tullut.

PALJON
TULAREMIAA

Tästä vuodesta näyttää tulevan poikkeuksellisen vilkas jänisruttovuosi. Tähän mennessä on raportoitu 641 tapausta, edellisen epidemian yhteydessä 1995 tapauksia oli 467. Syyskuun aikana on tilastoitu 121 uutta tartuntaa, joten epidemia ei vielä ole sammunut. Tapauksia on ollut eniten koko Pohjanmaan alueella sekä Satakunnan ja Keski-Suomen sairaanhoitopiireissä. Jänisruton mahdollisuus on syytä pitää mielessä kotimaassa matkustettaessa, esimerkiksi pääkaupunkiseudun sairastuneista valtaosa on saanut tartunnan em. alueilta.

...JA BORRELIOOSIA

Borreliaosi esiintyy edelleen melko runsaana etenkin Ahvenanmaalla, tapauksia on tämän vuoden aikana kertynyt 474. Tartuntatautirekisteriin on ilmoitettu 1995 lähtien vuosittain 346–538 sairastumista. Lisäksi Ahvenanmaalla on tänä kesänä esiintynyt selvästi muita vuosia enemmän puutiasavokuumetta (tick-born encephalitis), yhteensä 15 tapausta. Koko maassa sairastumisia on rekisteröity 29, vuosina 1995–1999 tapauksia oli 5–19. Paikallisten havaintojen mukaan punkkeja on ollut runsaasti.

POGOSTAN TAUTIA

Sindbisviruksen aiheuttamaa Pogostan tautia on tänä vuonna ilmoitettu yhteensä 95 tapausta. Siihen sairastutaan yleensä elo-syyskuussa. Virus leviää hyttysten välityksellä ja aiheuttaa viikon itämisajan jälkeen taudinkuvan, johon liittyy kuumetta, nivelkipuja ja näppyläistä ihottumaa.

Nivelkivut voivat pitkittyä ja tuoda potilaan vastaanotolle jopa kuukausien kuluttua.

HIVIA

Tänä vuonna HIV-tartuntoja on syyskuun puoliväliin mennessä tilastoitu 109.

Tätä vauhtia tartuntojen määrä tulee ylittämään parilla kymmenellä viime vuonna todetut ennätykselliset 142 tartuntaa. Tänäkin vuonna tartuntoja on todettu eniten ruiskuhuumeiden käyttäjillä, mutta myös seksitartuntoja on ollut jonkin verran edellisvuosia enemmän. Nykyisessä epidemiatilanteessa kannattaa aina muistaa myös HIV-infektion mahdollisuus ruiskuhuumeita käyttävän henkilön kohdalla. Ruiskuhuume-epidemian yhteydessä on todettu aiempaa enemmän HIV-tartunnan saaneita henkilöitä, joiden testi oli ollut negatiivinen edellisen vuoden aikana.

VIIDAKKOKILPAILUN
OSALLISTUJILLE LEPTOSPIROOSI

Malesian Borneolla järjestettiin 20.8–3.9. Eco Challenge Sabah 2000 Expedition Race -tapahtuma, johon osallistui 312 urheilijaa 26 maasta. Kilpailuun sisältyi vaeltaminen ja retkeily viidakossa, vuoristossa ja luolissa sekä uiminen luonnon vesissä. Suomesta osallistui neljän hengen joukkue. Syyskuun yhdeksännenä päivästä lähtien on muun muassa USA:ssa, Kanadassa ja Ranskassa todettu ryväs sairastuneita urheilijoita. Taudinkuvaan liittyi korkea, horkkamainen kuume, lihassärkyä ja päänsärkyä. Vasta-ainelöydösten perusteella potilaiden tauti varmistui leptospiroosiksi. Suomalaisesta joukkueesta yksi urheilija on sairastunut ja tarvinnut sairaalahoitoa.

Leptospira interrogans on spirokeetta kuten kuppa- ja borreliaosipatogeenit. Leptospiroosia esiintyy maailmanlaajuisesti paitsi polaarilla alueilla. Kyseessä on zoonoosi ja spirokeetat leviävät eläinten virtsan kautta veteen, maaperään ja kasvistoon. Ihmiseen tartunta tapahtuu ihoaavojen, limakalvojen tai saastunutta vettä ja ravintoa kautta. Itämisäika on 4–19 vuorokautta. Lievissä tapauksissa hoito on viikon doksisykliinihoito suun kautta ja vaikeimmissa parenteraalinen G-penisilliini. Riskiammateissa ja -harrastuksissa on käytetty doksisykliiniä profylaktisesti kerran viikossa.

UUTISIA MAAILMALTA

Kansanterveys 7/2000 numerossa kerrottiin West Nile -viruksesta (WNV), joka todettiin ensimmäistä kertaa Amerikan mantereella elokuussa 1999. Israelista on tullut raportteja, että heinäkuun puolestavälistä yli 200 ihmistä on sairastunut WNV-infektioon, heistä 19 on kuollut. Virus esiintyy endeemisenä Israelissa,

mutta tällä hetkellä tapauksia on selvästi normaalia enemmän. 1975–1980 välisenä aikana todettiin yhteensä 61 tapausta. Tämä epidemia liittyy mahdollisesti poikkeuksellisen varhaiseen lintujen muuttoon Euroopasta.

Etelä-Ranskassa, Rhonon jokilaaksossa, on 3.9. jälkeen todettu WNV:a hevosissa. Toistaiseksi ihmisissä ei ole todettu tartuntaa. Viimeksi tällä alueella tautia on esiintynyt ihmisissä ja hevosissa 1970-luvun lopussa. Hevostapaukset viittaavat siihen, että humaaninfektioita voi esiintyä samanaikaisesti.

Saudi-Arabiassa ja Jemenissä on syyskuun alkupäivistä lähtien esiintynyt Rift Valley Fever (RVF) -tapauksia. Sairastuneiden tarkkaa lukumäärää ei tiedetä, kymmeniä kuolemantapauksia on kuitenkin raportoitu. Tämä on ensimmäinen Afrikan ulkopuolinen epidemia.

RVF-virus on bunyavirusryhmään kuuluva phlebovirus, joka infektoi hyttysten välityksellä karjaa ja ihmisiä. Tauti todettiin 1931 Rift Valleyssa, Keniassa. Epidemioita on ollut muun muassa Egyptissä 1977–1978 ja Itä-Afrikassa 1997–1998, jolloin 89 000 ihmistä sairastui. Ihmisessä oireet ovat yleensä lieviä, influenssan kaltaisia, mutta tapauksista 1–2 prosentissa esiintyy vakavia verenvuotoja, neurologisia komplikaatioita ja verkkokalvomuutoksia. Koska virus infektoi karjaa, ja tauti voi levitä myös suoraan eläimestä ihmiseen, on Saudi-Arabiassa ryhdytty laajamittaisiin teurastuksiin. RVF-viruksen leviämällä laajalti esimerkiksi köyhiin maihin voi olla myös huomattavia taloudellisia seurauksia. □

2.10.2000

Peter Klemets, KTL

(09) 4744 8557, peter.klemets@ktl.fi

PELLOSSA MRSA-EPIDEMIA

Pellon vuodeosastolla todettiin ensimmäinen MRSA-löydös keskivirtsanäytteestä 12.5.2000. Tämän jälkeen käynnistetyissä seuloissa todettiin asukaslukuun nähden kohtalaisen laaja epidemia, jossa 30.9. mennessä on todettu Pellossa 25 varmaa MRSA-tapausta. Tämä MRSA-kanta on nimetty Pellon epidemiakannaksi ja samaa kantaa on löydetty myös yhdestä rovaniemeläisestä potilaasta Lapin keskussairaalaan.

RAPORTOIDUT MIKROBILÖYDÖKSET / VALTAKUNNALLINEN TARTUNTATAUTIREKISTERI
 RAPPORTERADE MIKROBFYND / RIKSOMFATTANDE REGISTER ÖVER SMITTSAMMA SJUKDOMAR

	<i>Huhtikuu</i> <i>April</i> 2000 1999	<i>Toukokuu</i> <i>Maj</i> 2000 1999	<i>Kesäkuu</i> <i>Juni</i> 2000 1999	<i>Heinäkuu</i> <i>Juli</i> 2000 1999	<i>Elokuu</i> <i>Augusti</i> 2000 1999	<i>Yhteensä **</i> <i>Totalt</i> 2000 1999
HENGITYSTIEPATOGEENIT / LUFTVÄGSPATOGENER						
Klamydia (<i>C. pneumoniae</i>)	33 8	18 12	16 7	20 6	30 13	208 82
Mykoplasma (<i>M. pneumoniae</i>)	33 9	50 17	36 10	41 7	57 17	338 107
Pertussis	74 51	110 66	97 34	78 66	62 102	608 520
Adenovirus	51 21	46 21	20 34	26 28	23 28	312 282
Influenssa A -virus	16 14	3 3	0 0	0 2	1 4	1 405 1 095
Influenssa B -virus	12 12	4 3	3 0	0 1	0 0	39 135
Parainfluenssavirus	29 13	30 9	27 11	28 5	5 4	171 87
RSV (respiratory syncytial virus)	158 321	45 199	9 82	17 22	12 9	1 833 1 013
SUOLISTOPATOGEENIT / TARMPATOGENER						
Salmonella	146 174	177 213	187 158	233 303	309 401	1 652 1 708
Shigella	5 1	8 7	2 8	2 8	5 11	36 47
Yersinia	52 72	79 71	69 60	63 54	59 48	456 451
Kampylo	197 171	240 175	204 274	733 752	473 428	2 472 2 310
EHEC	1 5	0 2	0 4	4 4	6 1	13 25
Kalikivirus	60 14	39 18	43 4	2 7	4 5	340 142
Rotavirus	352 188	245 202	134 95	57 20	19 14	1 361 932
Giardia	13 24	15 34	23 21	10 28	25 20	149 201
Ameba (<i>E.histolytica</i>)	7 8	10 10	10 13	3 10	7 11	69 78
HEPATIITTIPATOGEENIT / HEPATITPATOGENER						
Hepatiitti A -virus	3 1	5 3	2 0	5 1	7 5	31 22
Hepatiitti B -virus	47 44	53 70	52 19	43 32	44 60	400 356
Hepatiitti C -virus	133 113	155 144	101 145	131 128	150 141	1 147 1 073
SUKUPUOLITAUTIPATOGEENIT / KÖNSSJUKDOMSPATOGENER						
Klamydia (<i>C. trachomatis</i>)	767 776	965 861	880 708	968 841	1 141 1 054	7 501 6 799
HI-virus	10 11	11 10	8 11	19 10	11 16	107 84
Gonokokki	24 20	27 21	31 19	13 19	19 16	186 136
Syfilis (<i>T. pallidum</i>)	10 10	19 8	14 6	16 6	25 8	127 73
VERI- JA LIKVORIVILJELYLÖYDÖKSET / BLOD- OCH LIKVORODLINGSFYND						
Pneumokokki (<i>S. pneumoniae</i>)	46 46	60 83	55 52	29 26	24 24	380 397
A-streptokokki (<i>S. pyogenes</i>)	11 16	11 9	7 8	7 15	10 12	82 86
B-streptokokki (<i>S. agalactiae</i>)	12 7	9 16	12 14	15 14	15 14	102 90
Meningokokki	4 3	2 7	3 8	3 1	3 5	35 44
RESISTENTIT BAKTEERIT / RESISTENTA BAKTERIER						
Enterokokit (VRE)	4 2	1 4	2 3	1 2	1 0	35 23
MRSA	14 16	10 16	43 18	26 15	24 16	167 141
Pneumokokki (PenR)	8 6	6 4	5 2	1 3	0 3	45 46
MUITA MIKROBEJA / ÖVRIGA MIKROBER						
Borrelia*	22 18	51 22	72 17	77 30	136 37	426 193
Tularemia	0 1	0 1	0 1	79 11	442 28	522 43
<i>M. tuberculosis</i>	29 36	33 46	36 39	32 46	22 37	261 306
Echovirus	0 1	0 3	0 1	0 2	1 2	2 12
Enterovirus	7 0	7 3	4 6	6 6	21 8	57 31
Parvovirus	21 23	35 24	38 22	15 10	15 5	178 148
Puumalavirus	58 107	44 85	40 107	56 120	58 203	528 1 137
Malaria	2 1	1 1	2 0	6 4	2 0	26 16

* Sis./inkl. *B. burgdorferi*, *B. garinii*, *B. afzelii*

** Yhteensä = tapaukset vuoden alusta elokuun loppuun

Toistaiseksi ei ole voitu osoittaa mitään yhteyttä tämän rovaniemäläisen tapauksen ja Pellon välillä.

Muonion ja Ylitornion sekä Pellon välisen potilasliikenteen vuoksi seuloitiin myös Muonion ja Ylitornion terveyskeskusten vuodeosastojen potilaat ja henkilökunta. Ylitorniolla ei löydetty yhtään MRSA-tapausta. Sen sijaan Muoniosta löytyi kolme uutta. Nämä tapaukset olivat kuitenkin Kemin MRSA-kantaa, jota on esiintynyt aiemminkin Muoniossa.

Pellon terveyskeskuksessa todettujen runsaiden seuloitaprosenttien löydösten vuoksi suoritettiin laajat seuloonnat eri terveydenhuollon yksiköissä. Toimenpiteiden toteuttamista varten perustettiin 9.6.2000 johtoryhmä.

Kaiken kaikkiaan 9.6.–31.8. on työstetty seitsemän toimintasuunnitelmaa/pöytäkirjaa. Epidemiaan liittyen järjestettiin lehdistötilaisuus 13.6.2000. Lapin keskussairaalan toimintaa varten on laadittu viisi sisäistä tiedotetta. Oulun yliopistollisen sairaalan sairaalahygieneiayksikköä on tiedotettu epidemiasta.

Näiden kesäkuun ensimmäisen puoliskon aikana suoritettujen seuloitusten perusteella voitiin nopeasti osoittaa epidemian rajoittuvan vuodeosastolle ja vanhainkotiin. Seuloitusten aikana Pellon vuodeosasto oli suljettuna 9.6.–3.7.2000.

Epidemian seuranta jatkuu em. ohjeiden mukaisesti. Kemissä on todettu kesällä 2000 oma uusi epidemia, jossa on yli kymmenen MRSA-tapausta. LKS:n tutkimuksia Pellon MRSA-epidemiasta käsitellään myös valtakunnallisilla Sairaalahygieneipäivillä maaliskuussa 2001.

Epidemia perusterveydenhuollossa ja sen laajuus osoittavat, että tämäntyyppinen resistenssiongelma voi ilmaantua missä tahansa terveydenhuollon organisaatiossa. Tärkeää on reagoida nopeasti ja tehokkaasti epidemian laajuuden selvittämiseksi ja estää resistenssien kantojen leviäminen muihin hoitoyksiköihin. Yhteistyö Pellon terveyskeskuksen ja keskussairaalan infektio- ja tartuntatauti- ja tautien epidemiologian kanssa on sujunut erinomaisesti. □

Markku Broas, Lapin sairaanhoitopiiri
(016) 3281, markku.broas@lshp.fi

Marjatta Mäyrä, Lapin sairaanhoitopiiri
(016) 328 2095, marjatta.mayra@lshp.fi

DIAGNOSTIIKKA ONGELMALLISTA

Pellosta löydetty MRSA-kannat osoittautuivat KTL:n sairaalainfektio-laboratorion tutkimusten perusteella uudeksi MRSA-epidemiakannaksi, jota Suomessa ei ole aiemmin todettu. Kanta nimettiin siis Pellon MRSA:ksi. Kanta on faagityypiltään samankaltainen kuin ns. Kemin epidemian kanta, mutta poikkeaa siitä jonkin

verran DNA-typiltään (ribo- ja pulssikenttätyyppi).

Kliinisen laboratorion kannalta Pellon MRSA-kanta on ongelmallinen, koska sen MIC-oksasilliinille on matala (MIC 3–32 µg/ml). Kaupallinen MRSA-Screen-testi, joka yleensä on hyvä apu tunnistettaessa MRSA-kantoja, antoi osalle Pellon MRSA-kantoja vaikeasti tulkittavia tuloksia. PCR-perusteinen *mecA*-geenin osoitustesti varmisti nämäkin löydökset. Osa kannoista oli aminoglykosidi-, tetrasykliini- ja sulfatrimetopriimiresistenttejä.

Mielenkiintoista oli, että Pellon MRSA-kannat vaihtelivat hieman DNA-typiltään, mikä kertoo, että kyseinen MRSA-kanta on liikkunut hoitoyksikössä jo jonkin aikaa. Samaan viittaa myös se, että tutkittujen *S.aureus*-kantojen joukosta löydettiin kaksi Pellon MRSA-kannan kanssa perimältään ja faagityypiltään identtistä kantaa, jotka kuitenkin olivat metisilliiniherkkiä. Kyseiset kannat lienevät menettäneen *mecA*-geeninsä jossakin vaiheessa. □

Jaana Vuopio-Varkila, KTL,
(09) 4744 8240, jaana.vuopio@ktl.fi

Saara Salmenlinna, KTL

TARTUNTATAUTIEN NEUVOTTELUKUNNAN KOKOUS 25. 9. 2000

Tartuntatauti- ja neuvottelukunnan syksyn ensimmäisen kokouksen tärkein asiakokonaisuus oli yleisen rokotosohjelman uudistamiseen liittyvät suunnitelmat.

Kunnat järjestävät pienten lasten yleiset rokotukset ja saavat rokotteet maksutta Kansanterveyslaitokselta. Lasten rokotuskattavuus on korkea, 98 prosenttia. Rokotosohjelman uudistamistarpeen taustalla on päätös KTL:n oman rokotustuotannon lopettamisesta vuoteen 2005 mennessä sekä uudet markkinoilla olevat rokotteet ja tautien epidemiologian muuttuminen.

Muutospaineita kohdistuu useisiin yleiseen rokotosohjelmaan kuuluviin rokotuksiin. BCG-rokotukset voitaisiin WHO:n suositusten mukaan lopettaa ja siksi rokotusten jatkamisen panos-hyötysuhdetta arvioidaan. PDT-rokotteiden kohdalla muutos koskee kokosolurokotteesta soluttoman komponentin sisältävään DtaP-rokotteeseen siirtymistä. Lisäksi on suunnitteilla 6-vuotiaille annettavan tehosterokotuksen käyttöönotto. Poliorokotusta jatketaan ainakin vuoteen 2010 eradikaation odotettavissa olevasta toteutumisesta huolimatta, sen sijaan arvioidaan mahdollisuutta luopua yhdestä kouluikäisten tehosteesta.

Riskiryhmille annettavien influenssa- ja hepatiitti B-rokotusten indikaatioita

mietitään tarkennettaviksi. Influenssarokotuksen antaminen 65-vuotiaille ja sitä vanhemmille nostaisi rokotuksen kohderyhmien yhteisen koon noin kolminkertaiseksi nykyiseen verrattuna. WHO suosittelee hepatiitti B-rokotuksen antamista kaikille lapsille kaikissa maissa. Näiden riskiryhmärokotusten jatkopohdintaa varten on perustettu erilliset työryhmät.

Uusina tauteina rokotosohjelmaan harkitaan pneumokokkitauteja ja vesirokkoa. Työryhmä pohtii uusien pneumokokkikonjugaattirokotteiden käyttöindikaatioita ja mahdollista liittämistä yleiseen rokotosohjelmaan. Vesirokkorokote on ollut käytössä riskiryhmille, ja ulkomaisissa tutkimuksissa yleinen rokottaminen on todettu kannattavaksi. Tautikohtaisten selvitysten jälkeen KTL perustaa työryhmän laatimaan kokonaisvaltaisen esityksen rokotosohjelman uudistamisesta kustannusseurauksineen. Tartuntatauti- ja neuvottelukunta hyväksyi esitetyn etenemissuunnitelman ja käsittelee asiaa uudelleen vuonna 2001.

Pysyvä zoonosyyti- ja eläintautien neuvottelukunnalle kaksi esitystä: kampylobakteeritartuntojen alkuperän selvittäminen epidemiologisia tietoja keräämällä ja ulkomaisien salmonellakantojen tyyppittämisen jatkaminen. Neuvottelukunta päätti esittää KTL:n suolistobakteriologian laboratoriot (SUBA) viemään molempia esityksiä eteenpäin. Kampylobakteeri-infektioiden alkuperän selvittämiseksi tehdään otantatutkimus yhdessä tiettyjen laboratorioiden kanssa. Projektiluonteisen selvityksen jälkeen harkitaan mahdollisia jatkotoimia. Ulkomaisien salmonellakantojen tyyppityksen suhteen SUBA selvittää mahdollisuuksia toiminnan jatkamiselle erityisesti hakien mahdollisuuksia toiminnan rahoittamiseksi.

Lisäksi kokouksessa esiteltiin tartuntatauteihin liittyviä kansainvälisiä hankkeita. YK:n AIDS-ohjelman UNAIDS:n johtokunnan puheenjohtajana toimii ministeri Soininvaara. UNAIDS on käynnistänyt laajan Afrikka-yhteistyöhankkeen, valmistelee AIDSin torjunnan globaali-strategiaa ja osallistuu keuhkokuumeen ja HIV:n erityisistunnon valmisteluun. EU:n tartuntatauti- ja tautien neuvottelukunta laajenee asteittain ja toimii maatasolla hyvin. Itämeren valtioiden pääministerit asettivat keuhkokuumeen Task Forcen, jonka tulee antaa konkreettiset suositukset toimenpiteiksi merkittävien tartuntatauti- (mm. TB, HIV) leviämisen pysäyttämiseksi Itämeren alueella. □

Maarit Kokki, STM/EHO

Tartuntatauti- ja neuvottelukunnan sihteeri

HIV-NEUVOJEN KOULUTUS

1.-2.11.2000, HELSINKI

Järjestäjät: Kansanterveyslaitos, HUS/HYKS/Infektioklinikka ja Helsingin yliopiston Aikuiskoulutuskeskukseen kuuluva Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia

Koulutuksen suunnitteluun ovat osallistuneet ylilääkäri Olli Haikala Kansanterveyslaitokselta, erikoissairaanhoitaja Riikka Monto SHAS ry:stä sekä LKT Matti Ristola, apulaisosastonhoitaja Leena Kero, erikoislääkäri Risto Pietikäinen, erikoissairaanhoitaja Oili Roth-Holttinen ja sairaalalääkäri Jussi Sutinen HUS/HYKS/Infektioklinikasta. Sosiaali- ja terveysministeriö osallistuu koulutuksen järjestelykustannuksiin.

Toteutus: HIV-neuvojen koulutuksen ensimmäinen päivä toteutetaan työryhmätyöskentelynä, johon voidaan ottaa vain rajoitetusti osallistujia. Toisen päivän ajankohtaisseminariin osallistujia otetaan ilmoittautumisjärjestyksessä enintään 180.

Ajat ja paikat: Työryhmät 1. 11.2000 klo 12.30–16.30, Tieteiden talo, Kirkkokatu 6

Seminaari 2. 11.2000 klo 9.30–16.15, Helsingin yliopiston Pieni juhlasali, Fabianinkatu 33

Osallistujat: Koulutus on tarkoitettu ensisijaisesti HIV-tartunnan saaneiden hoitoon osallistuville terveydenhuollossa toimiville ammattihenkilöille kuten lääkäreille, hoitohenkilöstölle, sosiaalityöntekijöille.

Työryhmien osallistujat: Työryhmiin 1–3 otetaan ensisijaisesti yksi edustaja/ryhmä kunkin sairaanhoitopiirin HIV-tartunnan saaneiden hoidosta vastaavasta yksiköstä. Tämä varaus on voimassa ilmoittautumisajan.

Mikäli ilmoittautumisajan päättymisen 16.10.2000 jälkeen jää vapaita paikkoja, jaetaan ne muille työryhmiin hakeville ilmoittautumisjärjestyksessä. Osallistujia otetaan enintään 20/ryhmä. Työryhmä 4 on kutsuseminaari, eikä siihen voi ilmoittautua.

Seminaarin osallistujat: Osallistujia otetaan ilmoittautumisjärjestyksessä enintään 180.

Hinnat: Työryhmät 1. 11.2000 150 markkaa. Hintaan sisältyy kahvi.

Seminaari 2. 11.2000 260 markkaa. Hintaan sisältyy kahvit.

Ilmoittautuminen kirjallisesti 16.10.2000 mennessä osastosihteeri Marianne Salamalle osoitteella Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia, PL 12 (Vuorikatu 20), 00014 HELSINGIN YLIOPISTO tai faksilla (09) 191 23692.

Kysy mahdollisia vapaita paikkoja puhelin (09) 191 23528, marianne.salama@helsinki.fi

TYÖRYHMIEN OHJELMAT

Keskiviikko 1.11.2000 klo 12.30–16.30
Tieteiden talo, Kirkkokatu 6, Helsinki

- **Työryhmä 1:** HIV-epidemioiden ehkäisy: primaari- ja sekundaaripreventio
Puheenjohtaja: Erikoislääkäri Tuire Rossi, Turun yliopistollinen keskussairaala

Työryhmässä ovat mukana myös mm. Suomen Punaisen Ristin, AIDS-tukikeskuksen, Terveyden edistämisen keskuksen ja Kansanterveyslaitoksen edustajat

- **Työryhmä 2:** HIV-altistuksen jälkeinen ehkäisevä lääkehoito
Puheenjohtaja: LKT Matti Ristola, HUS/HYKS/Infektioklinikka

Työryhmässä ovat mukana myös mm. työterveyshuollon, vankeinhoidon ja sukupuolitautilien asiantuntijat.

- **Työryhmä 3:** HIV-positiivisen elämä – draamatyöpaja
Ryhmän vetäjä: Erikoissairaanhoitaja Päivi Koskinen, Hämeenlinna

Mukana työpajassa ovat sisällön suunnitteluun osallistuneet erikoissairaanhoitaja Riikka Monto ja erikoissairaanhoitaja Oili Roth-Holttinen.

- sekä erikseen koolle kutsuttu työryhmä:
Työryhmä 4: Hammashoito HIV:ä ja muita veren välityksellä tarttuvien infektioitauteja sairastavilla potilailla
Puheenjohtaja: Ylilääkäri Eeva Widström, Stakes

AJANKOHTAISSEMINAARI

Torstai 2.11.2000 klo 9.30–16.15
Yliopiston Pieni Juhlasali, Fabianinkatu 33, Helsinki

Alustava ohjelma

Puheenjohtaja: LKT Matti Ristola, HUS/HYKS/Infektioklinikka

9.45–10.00

Avaus

Järjestäjien edustaja

10.00–10.20

Epidemiologinen katsaus – Suomen tilanne

Tutkimusprofessori Pauli Leinikki, Kansanterveyslaitos

10.20–10.40

HIV-epidemiasta johtuvat haasteet suomalaiselle erikoissairaanhoidolle

Professori Ville Valtonen, HUS/HYKS/Infektioklinikka

11.00–12.30

Spridningen av HIV bland narkomaner i Stockholm Erfarenheterna och organisationen av infektionsavdelning på Huddinge sjukhus som har inriktning på infektioner hos miss brukare

Dr. Christer Lidman, Huddinge sjukhus, Infektionskliniken, Stockholm

Dr. Christer Mann, Beroende Centrum Syd, Stockholm

13.45–14.15

Työryhmien tuloksia edellispäivältä:

- HIV-epidemioiden ehkäisy: primaari- ja sekundaaripreventio
- HIV-altistuksen jälkeinen ehkäisevä lääkehoito
- Hammashoito HIV:ä ja muita veren välityksellä tarttuvien infektioitauteja sairastavilla potilailla

14.15–14.45

Mitä pikatestauksella käytännössä tarkoitetaan?

- Käytännön testaajan näkökulma
Projektipäällikkö Pirkko Vuorinen, Aids-tukikeskus/HIV-huumeiden projekti
- Testien luotettavuus, diagnostiset kysymykset
Erikoistutkija Henriikki Brummer-Korvenkontio, Kansanterveyslaitos

15.15–15.45

HIV ja krooniset virushepatitit – yhteisinfektiot ja niiden hoito

Sairaalalääkäri Jussi Sutinen, HUS/HYKS/Infektioklinikka

15.45–16.15

HIV-lääkehoidon nykytila

LKT Matti Ristola, HUS/HYKS/Infektioklinikka

viikossa ainakin puoli tuntia kerralla. Yksin asuvat kävelivät hiukan ahkerammin kuin muiden kanssa asuvat. Yli 75-vuotiaat kävelivät hieman vähemmän kuin nuoremmat. Eläkeikäisten ulkona kävely on ollut yleistä koko 1990-luvun. Sekä korkean että matalan koulutustason omaavat miehet ovat kävelleet lähes saman verran. Naisilla kävely on hieman useammin korkeamman kuin matalan koulutuksen saaneiden harrastus.

LOPUKSI

Suomessa uuden vuosituhannen alkupuolella väestö jatkaa ikääntymistä ja suuret ikäluokat alkavat siirtyä eläkkeelle. Väestön ikääntyminen asettaa terveydenhuollolle ja terveyspolitiikalle lisääntyviä haasteita. Ruokavalion osalta terveyskasvatuksen sanoma ei ole ainakaan vielä saavuttanut seniorikansalaisia samassa mitassa kuin työikäisiä. Positiivista on kuitenkin se, että suuresta joskus tupakoinnin määrästä huolimatta nykytupakkoijia on senioreissa melko vähän. Suurten ikäluokkien siirtymässä eläkkeelle onkin mielenkiintoista seurata muuttuvatko seniorikansalaisten terveyskäyttäytyminen ja menneen ajan perinteet. Vaikka sukupolvet suuressa määrin jatkavatkin entistä elämäntyyliään eläkkeelle siirryttyä, on suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtyminen kuitenkin myös kansanterveydellisesti tärkeä siirtymävaihe. Eläkkeelle siirtymisen tulisikin onnistua, jotta elämä maistuisi entistäkin paremmalta "vapaaan ikäkauden" aikana. □

Tommi Sulander, KTL
(09) 4744 8939, tommi.sulander@ktl.fi

Lisää:

Sulander, Helakorpi, Uutela, Puska:
Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen,
kevät 1999. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja,
Sarja B/2000

VÄITÖSKIRJA-
ARTIKKELI

TERVEYS- TIETOA KARJALAN TASAVALLASTA

SYDÄN- JA VERISUONITAUTIEPIDEMIA

Sydän- ja verisuonitautikuolleisuus lisääntyi voimakkaasti useimmissa teollistuneissa maissa 1950- ja 1960-luvuilla. Suurin osa tästä kasvusta johtui sepelvaltimotautikuolleisuudesta. Monissa maissa sydän- ja verisuonitautikuolleisuus saavutti huippunsa 1960-luvun lopulla ja 1970-luvun alkupuolella. Tuolloin suomalaiset miehet johtivat länsimaiden kuolleisuustilastoja. Monet merkittävät epidemiologiset tutkimukset kuten "Seitsemän maan tutkimus" osoittivat tärkeimpien riskitekijöiden ja elämäntapojen yhteyden sydän- ja verisuonitautikuolleisuuteen. Tämän tiedon poh-

jalta tutkimusta lisättiin ja aloitettiin kokeiluohjelmia kuolleisuuden ja sairastuvuuden vähentämiseksi. Sydän- ja verisuonitautikuolleisuus kääntyi laskuun useimmissa länsimaissa 1970- ja 1980-luvuilla.

Itä-Euroopassa ja entisen Neuvostoliiton alueilla tilanne on ollut ja on edelleen hyvin erilainen. Sairastuvuus ja kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin on lisääntynyt voimakkaasti 1990-luvun puoliväliin saakka. Ukraina, Latvia, Viro ja Venäjä johtivat maailman sydän- ja verisuonitautikuolleisuustilastoja 1990-luvun alkupuolella. Venäjällä kuolleisuushuippu saavutettiin 1994, jonka jälkeen sekä kokonais- että sydän- ja verisuonitautikuolleisuus on hitaasti vähentynyt.

KUOLLEISUUS KARJALAN TASAVALLASSA

Työikäisen väestön kuolleisuus Karjalan tasavallassa on yksi maailman korkeimpia. Keski-ikäisten miesten (35–64-vuotiaat) ikävakioitu kuolleisuus oli 1990-luvun vaihteessa 1 596/100 000 asukasta kohden. Tämä on jopa hieman enemmän kuin Venäjällä keskimäärin ja noin kymmenen prosenttia enemmän kuin Pohjois-Karjalassa 1970-luvun vaihteessa, jolloin pohjoiskarjalaiset miehet johtivat länsimaiden kuolleisuustilastoja. Suurin osa Karjalan tasavallan työikäisen väestön kuolleisuudesta johtuu kroonisista kansantautista eli sydän- ja verisuonitautista ja syövästä. Erityispiirteensä Karjalan tasavallan kuolleisuudessa, kuten muuallakin Venäjällä, on suuri miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus.

SYDÄN- JA VERISUONITAUTIEN RISKITEKIJÄTUTKIMUS KARJALAN TASAVALLASSA

Keväällä 1992 Suomen FINRISKI-väestötutkimuksen yhteydessä tehtiin vastaava riskitekijätutkimus Karjalan tasavallassa. Tutkimus toteutettiin osana Karjalan tasavallan terveysministeriön, Pitkärannan piirin keskussairaalan, Suomen Kansanterveyslaitoksen ja Pohjois-Karjala Projektin välistä terveysyhteistyöhanketta. Tutkimus toteutettiin Pitkärannan piirissä, joka on yksi Karjalan tasavallan 17 piiristä. Piirissä on noin 28 000 asukasta, joista puolet asuu Pitkärannan kaupungissa. Väestöstä suurin osa on venäläisiä ja valkovenäläisiä. Suomensukuisten kansojen osuus väestöstä on noin kymmenen prosenttia.

Tutkimukseen valittiin satunnaisesti 1 000 pitkärantalaista 25–64-vuotiaista miestä ja naista. Heistä 380 miestä ja 455 naista osallistui tutkimukseen. Tutkimus sisälsi lomakekyselyn, jossa oli kysymyksiä mm. terveyskäyttäytymisestä, terveyspalvelujen käytöstä, sosioekonomisista tekijöistä ja terveydentilasta. Lisäksi kaikilta tutkitavilta mitattiin verenpaine, pulssi, pituus, paino sekä vyötärön ja lantion ympäryys. Tutkimuksessa otettiin myös verinäytteitä, joista tutkittiin veren rasva-arvot, C-vitamiinipitoisuus ja maksaentsyymi GGT.

Jopa 65 prosenttia työikäisistä miehistä tupakoi Pitkärannassa. Nuorten miesten tupakointi oli vieläkin yleisempää: 25–34-vuotiaista tupakoi noin 75 prosenttia. Naisien tupakointi oli sen sijaan vähäisempää, vain noin kymmenen prosenttia naisista ilmoitti tupakoivansa säännöllisesti.

Toinen tärkeä sydän- ja verisuonitautien riskitekijä pitkärantalaisilla oli kohonnut verenpaine. Sekä miesten, että naisten verenpaineet olivat varsin korkeita. Noin 30 prosentilla työikäisistä miehistä ja 38 prosentilla naisista oli huomattavasti kohonnut verenpaine.

Pitkärantalaiset naiset olivat huomattavan ylipainoisia. Keskimääräinen kehon painoindeksi oli 28 kg/m² ja lähes 35 prosenttia työikäisistä naisista oli tutkimuksen mukaan merkittävästi ylipainoisia eli heidän painoindeksinsä oli yli 30 kg/m². Tärkeimmät tekijät pitkärantalaisen naisen ylipaino-ongelman takana ovat runsas energian saanti ravinnosta ja hyvin vähäinen liikunta. Vain noin 15 prosenttia naisista ilmoitti harrastavansa liikuntaa vapaa-aikanaan edes kaksi kertaa viikossa.

Väestön kolesterolitaso ei ollut Pitkärannassa erityisen korkea. Miesten seerumin kolesterolin keskiarvo oli 5,2 mmol/l ja naisten 5,3 mmol/l. Nämä tasot ovat huomattavasti matalampia kuin samana vuonna FINRISKI-tutkimuksessa mitatut arvot Pohjois-Karjalassa. Perinteinen tapakäyttöä pääasiassa kasviöljyä ruuanlaitossa sekä eläinrasvojen niukkuus ruokavaliossa selittävät osittain näitä kohtuullisia kolesterolitasoja.

Tutkimuksessa määritettiin myös 117 pitkärantalaisen miehen C-vitamiiniarvoja. Yli 90 prosentilla tutkituista todettiin vakaava C-vitamiinin puutos. Matalat C-vitamiinitasot johtuvat hyvin vähäisestä tuoreiden vihannesten, hedelmien ja marjojen käytöstä. Tutkimukseen osallistuneista alle kymmenen prosenttia ilmoitti käyttävänsä päivittäin tai edes lähes päivittäin tuoreita vihanneksia, hedelmiä tai marjoja.

TERVEYDEN- EDISTÄMISTYÖTÄ KARJALAN TASAVALLASSA

Kansanterveyden tila Karjalan tasavallassa on huolestuttava. Tulevaisuudessa suurimmat edistysaskeleet tilanteen parantamiseksi ovat aivan olennaisesti riippuvaisia kroonisten tautien ilmaantuvuuden pienemisestä, mikä taas vaatii merkittäviä muutoksia ihmisten elämäntavoissa. Tämänhetkiset taloudelliset ja poliittiset ongelmat epäilemättä vaikuttavat tilanteeseen ja vaikeuttavat terveydenedistämistyön aloittamista ja ehkäisyohjelmien toteuttamista. Kuitenkin vaikeissakin oloissa tautien ehkäisy terveitä elämäntapoja korostamalla on sairauksien hoitoon verrattuna kustannuksiltaan edullisempi ja varsin tehokas väline väestön terveyden parantamiseksi.

Pitkärannan piirissä on aloitettu kroonisten tautien ehkäisyohjelma vuonna

1994. Ohjelman tarkoituksena on toimia terveydenedistämistyön kokeiluohjelmalla, josta saavutettuja tuloksia ja kokemuksia voitaisiin myöhemmin hyödyntää koko Karjalan tasavallan alueella. Pitkäranta-projektin puitteissa on tehty myös useita väestötutkimuksia, joista saatua tietoa käytetään väestössä tapahtuvien riskitekijä- ja elämäntapamuutosten seurannassa sekä kokeiluohjelmien evaluoinnissa. □

Tiina Laatikainen, KTL
(09) 4744 8936, tiina.laatikainen@ktl.fi

Tiedot perustuvat väitöskirjaan:
Laatikainen T. Cardiovascular risk in the Republic of Karelia, Russia:
Comparison of major risk factors with North Karelia, Finland. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A2/2000. Helsinki, 2000.

SUOMALAISET LUOTTAVAT LÄÄKETIETEeseen JA GEENITUTKIJoihin

Suomalaiset luottavat terveydenhuoltoon ja geenitutkijoihin. Merkittävä osa kuitenkin myös toivoo geenitesteille valtion valvontaa ja raskausajan geenitestien pohdintaa myös eettiseltä kannalta. Vain viidennes uskoi lähitulevaisuudessa osallistuvansa geenitestiin. Uuden teknologian käyttöönoton yhteydessä on tärkeä selvittää, minkälaiset tiedot suomalaisilla on genetiikasta sekä miten he suhtautuvat genetiikkaan ja geenitesteihin.

Genetiikkaa, geenitestejä ja geenitutkijoita koskevat artikkelit sanoma- ja aikakauslehdissä lisääntyivät 1990-luvun aikana. Myös television ajankohtaisohjelmissa käsiteltiin geenitutkimusta ja sen soveltamista terveydenhuollossa. Muutos liittyi kansalaisten kasvaneeseen kiinnostuksen terveydestä yleensä, mutta ennen kaikkea genomiprojektien etenemiseen sekä geenitestien käyttöönottamiseen terveydenhuollossa.

Osana EU-BIOMED2 -hanketta kysyttiin 2 000 suomalaiselta (vastausprosentti 61 %, vastanneista 55 % naisia) vuosina 1996–97, miten he luottavat lääketieteeseen ja geenitutkijoihin, sekä minkälainen näkemys heillä on genetiikkaan liittyvästä tiedottamisesta.

Kaiken kaikkiaan suomalaisten luottamus lääketieteeseen on erittäin korkea: kolmannes uskoi, että nykyaikaisesta lääketieteestä on ollut pelkkää hyötyä ja kaksi kolmasosaa uskoi, että siitä on ollut enemmän hyötyä kuin haittaa. Vain kolme vastaajaa katsoi, että siitä on ollut pelkkää haittaa. Vastaavasti 45 prosenttia vastaajista luotti täysin ja 53 prosenttia jossain määrin siihen, että terveydenhuoltojärjestelmä ja sen asiantuntijat pyrkivät toimimaan ihmisten parhaaksi. Vain seitsemän vastaajaa

ei luottanut tässä mielessä terveydenhuoltojärjestelmään lainkaan.

LEENA PALOTIE TUNNETUIN

Hiukan yli puolet vastaajista oli saanut tietoa geenitesteistä tiedotusvälineistä ja viidennes tieteellisistä julkaisuista. Kaksi kolmasosaa ilmoitti, että tiedotusvälineissä on ollut liian vähän tietoa geenitesteistä, 12 prosenttia oli tyytyväisiä tiedon määrään ja prosentti katsoi, että tietoa on ollut liikaa.

Kaikista vastaajista viisi prosenttia koki, että tiedotusvälineissä esitetty tieto geenitesteistä on ollut pelkästään luotettavaa. Kolmanneksen mielestä se oli ollut suurimmaksi osaksi luotettavaa ja viidennes mielestä se oli ollut sekä luotettavaa että epäluotettavaa. Vain kaksi vastaajaa oli kokenut tiedotuksen pelkästään epäluotettavaksi.

Vastaajista 13 prosenttia ilmoitti voinnansa nimetä jonkun suomalaisen geenitutkijan. Yli puolet (n=79) mainitsi Leena Palotien, seitsemän vastaajaa mainitsi Albert de la Chapellen. Muita mainittuja geenitutkijoita oli Juha Kere, Helena Kääriäinen, Markku Rynänen, Aarno Palotie ja Reijo Norio.

Vastaajista 68 prosenttia oli täysin tai melko samaa mieltä väitteen "Luotan siihen, että geenitutkijat pystyvät itse arvioimaan, mitä sopii tutkia ja mitä ei" kanssa. Kuusi prosenttia oli täysin eri mieltä. 15 prosenttia oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että geenitutkijat ovat tunkeutuneet sellaiselle elämänalueelle, johon ihmisen ei pitäisi puuttua. Vastaajista 64 prosenttia ei uskonut geenitutkijoiden tunkeutuneen tällaiselle alueelle.

GEENITESTIT MYÖS
HUOLESTUTTAVAT

Edellä raportoidusta luottamuksesta huolimatta 61 prosenttia oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että raskausajan geenitestejä pitäisi pohtia myös eettiseltä kannalta, ja 52 prosenttia oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että geenitestien tarjonnan pitäisi olla valtion valvonnassa. Vastaavasti 48 prosenttia oli huolissaan siitä, että geenitestien tulokset voivat joutua asiaan kuulumattomien käsiin.

Vain viidennes suomalaisista uskoi hyvin tai melko todennäköisesti osallistuvansa johonkin geenitestiin seuraavan kymmenen vuoden aikana.

Suomessa on järjestetty kaksi kokeilu- luonteista raskaudenaikaista geeniseulon- ta. Näissä hankkeissa valtaosa osallistui tarjottuun geenitestiin. Korkeat osallistumisluvut lienevät yhteydessä suomalaisten yleiseen luottamukseen terveydenhuoltojärjestelmään ja sen ammattilaisiin. Valtaosa naisista pitää itsestään selvänä erityisesti äitiysneuvoloissa tarjottaviin testeihin osallistumista. Tällainen asetuslupa kuitenkin hankaloittaa naisten vapaan valinnan toteutumista äitiyshuollossa. Jo pelkkä tietoisuus, että valtaosa äideistä osallistuu

seulontaan voi saada äidin kallistumaan geenitestin ottamisen kannalle. Myös äitiysneuvolaterveydenhoitajat ovat itse olleet huolissaan siitä, että äidit osallistuvat geenitesteihin pohtimatta testiä ja sen mahdollisia seurauksia (Jallinoja 2000).

Potilaiden ja asiakkaiden päätöksenteko olisikin ymmärrettävä enemmän osaksi kokonaisuutta, jossa päätökseen vaikuttavat hyvin monenlaiset, sanomattomatkin oletukset esimerkiksi toivottavasta toiminnasta ja hyvästä elämästä.

Eu-hankkeen aikaisemmissa julkaisuissa on selvitetty, että suomalaisilla on ainakin kohtalainen kuva genetiikan perusteista (Jallinoja & Aro 1999; Jallinoja & Aro 2000) ja että hyvät tiedot genetiikasta eivät yksiviivaisesti johtaneet geenitestien varauksettomaan hyväksyntään. Päinvastoin tietämys genetiikasta liittyy toisaalta innokkuuteen, toisaalta epäilyksiin sen soveltamisesta. □

Piia Jallinoja, Helsingin yliopisto
(09) 1912 3890, piia.jallinoja@helsinki.fi

Arja R. Aro, KTL
(09) 4744 8264, arja.aro@ktl.fi

Julkaisuluettelo on saatavissa kirjoittajilta.

LAPSEN RISKIÄ SAADA HIV-TARTUNTA ÄIDILTÄÄN VOIDAAN VÄHENTÄÄ

HI-virus voi tarttua äidistä lapseen raskauden, synnytyksen ja imetyksen välityksellä. Mikäli HIV-tartunnan saanut nainen ei saa raskauden aikana hoitoa, lapsen riski saada tartunta on länsimaissa noin 10–25 prosenttia, jos syntynyt lasta ei imetä. Lapsen riski saada tartunta voidaan kuitenkin vähentää jopa alle viiteen prosenttiin.

Suomessa todetaan vuosittain viidestä seitsemään (0,001 %) raskaana olevalla HIV-tartunta. Vuonna 2000 kesäkuun puoleen väliin mennessä oli todettu jo kuusi HIV-tapausta. Toistaiseksi ei tiedetä, kuinka moni HIV-tartunnan saaneista naisista synnyttää. Suomessa on todettu 11.7.2000 mennessä kuusi HIV-tapausta, joissa lapsi on saanut tartunnan äidiltään. Yksi lapsista oli adoptoitu ulkomailta.

LÄÄKITYS ON TÄRKEÄÄ

Antiviraalisella lääkityksellä voidaan vähentää HIV-tartunnan saaneen virus- taakkaa. Tähän perustuu myös se, että näiden lääkkeiden avulla voidaan vähentää syntyvän lapsen riskiä saada tartunta HIV-positiiviselta äidiltään. HIV-lääkkeistä ainakin tsidovudiini, didanosini, lamivudiini ja nevirapiini läpäisevät ihmisen istukan. Uusimpien CDC:n ohjeiden mukaan raskaus ei ole este täysmääräiselle antiviraalihuoltolle.

SYNNYTYKSEN

HOITO

Äidistä lapsen tarttuneista HIV-tapauksista 45–70 prosenttia ajoittuu synnytyksen yhteyteen. Synnytyksessä HI-viruksen tartuntateina ovat todennäköisemmin veri ja synnytyskanava. Synnytykseen eivät sovi toimet, joiden yhteydessä vauva voi altistua äidin verelle, kuten mikroverenäytteiden otto ja vauvan päähän kiinnitetävä sydäntään rekisteröintiin tarkoitettu elektrodin asettaminen ja imukuppi-synnytys. Tartuntariskiä vähentää synnytyksen onnistuminen alle neljän tunnin sisällä kalvojen puhkeamisesta. Alatiesynnytysten yhteydessä on käytetty synnytystien huuhtelua klooriheksidiinillä.

Täyttä yksimielisyyttä ei ole siitä, vähentääkö keisarileikkaus synnytykseen liittyvää HIV-tartunnan riskiä. Vuonna 1999 raportottiin laajahko meta-analyysi (8 533 äiti-lapsiparia, 857 sektiota ja 7 676 muuta synnytystä), jossa HIV-tarttuvuudeksi saatiin elektiivisessä keisarileikkauksryhmässä kaksi prosenttia ja muilla 7,3 prosenttia, mikäli äiti sai antiviraalista lääkettä. Muussa tapauksessa vastaavat luvut olivat 8,2 ja 16,7 prosenttia. (The international perinatal HIV-group 1999). Eräiden havaintojen mukaan keisarileikkauksella on ehkäisevä vaikutus vain, jos HIV-tartunnan saanut ei saanut antiviraalista lääkitystä raskauden aikana. Synnytyksen jo

käynnistyttyä keisarileikkaus ei kuitenkaan vaikuta vähentävän tartuntariskiä. Keisarileikkaukseen sinänsä liittyy alatiesynnytykseen verrattuna suurempi sairastavuus ja kuolleisuus. Tämän vuoksi Stringer ym. (1999) suosittelevat maltillisuutta keisarileikkauksen suhteen. Keisarileikkauksesta voisivat hyötyä HIV-tartunnan lapset, joiden äideillä on matalat CD-4 arvot. Pulmaliseksi asian tekee se, että em. naisilla on suurin riski saada leikkauksen jälkeisiä lisäongelmia. HYKS:n Naistenklinikassa HIV-tartunnan saaneiden naisten synnytystapa päätetään obstetrisin perustein.

EI IMETYSTÄ

Imetykseen liittyvä tartuntariski on noin 5–15 prosenttia (Dunn ym. 1992, Bryson 1996 Bobat 1997). Elokuussa 1999 Lancetissa julkaistiin alustavat tulokset tutkimuksesta, jonka mukaan täysimetus aiheuttaisi pienemmän tartuntariskin kuin vauvan sekaruokinta (Countsoudis ym. 1999). Tässä tutkimuksessa seuranta-aika oli lyhyt ja tulokset esitettiin kolmen kuukauden seurannan perusteella. Nairobissa tehdyssä satunnaistetussa tutkimuksessa HIV-tartunnan sai imetetyistä lapsista 36,7 prosenttia (CL 95 % 29,4–44 %) ja korvikeruokaa saaneista 20,5 prosenttia (CL 95 % 14,0–27,0).

HIV voi tarttua imetyksen välityksellä vauvaan imeväisen iästä riippumatta. Tartuntariski on suurin lapsen ensimmäisten

kuukausien aikana, mutta kumulatiivinen riski on sitä suurempi, mitä vanhemmaksi vauvaa imetetään (Dunn ym. 1998, Leroy 1999 Nduati ym. 2000). HIV-tartunta onkin lähtökohtaisesti vasta-aihe imetykselle. Kehitysmääloissa, joissa esimerkiksi puhtaan veden saanti tai keittomahdollisuus on puutteellista, HIV-tartunnan saaneenkaan ei tule luopua imetyksestä.

Länsimaissa imetys voidaan korvata turvallisesti äidinmaidonkorvikkeilla. Osalle imettäminen voi olla joko kulttuurista tai henkilökohtaisista syistä tärkeää. Tämän vuoksi imetykseen liittyvästä tartuntariskistä ja vauvanruokinnasta on syytä keskustella jo raskausaikana, jotta äidille jää aikaa totutella tilanteeseen. Muuten HIV-tartunnan saanut voi hoitaa ja helliä lastaan aivan normaalisti. Antiviraalilääkkeiden tehokkuudesta imetyksen kautta tapahtuvien HIV-tartuntojen ehkäisyssä ei ole vielä riittävästi tietoa. Lääkityksen tulisi kestää koko imetysajan, jotta siitä voisi olla hyötyä. Ratkaisuna se olisi huomattavasti kalliimpi ja toistaiseksi epävarmempi kuin imetyksen korvaaminen äidinmaidon korvikkeella.

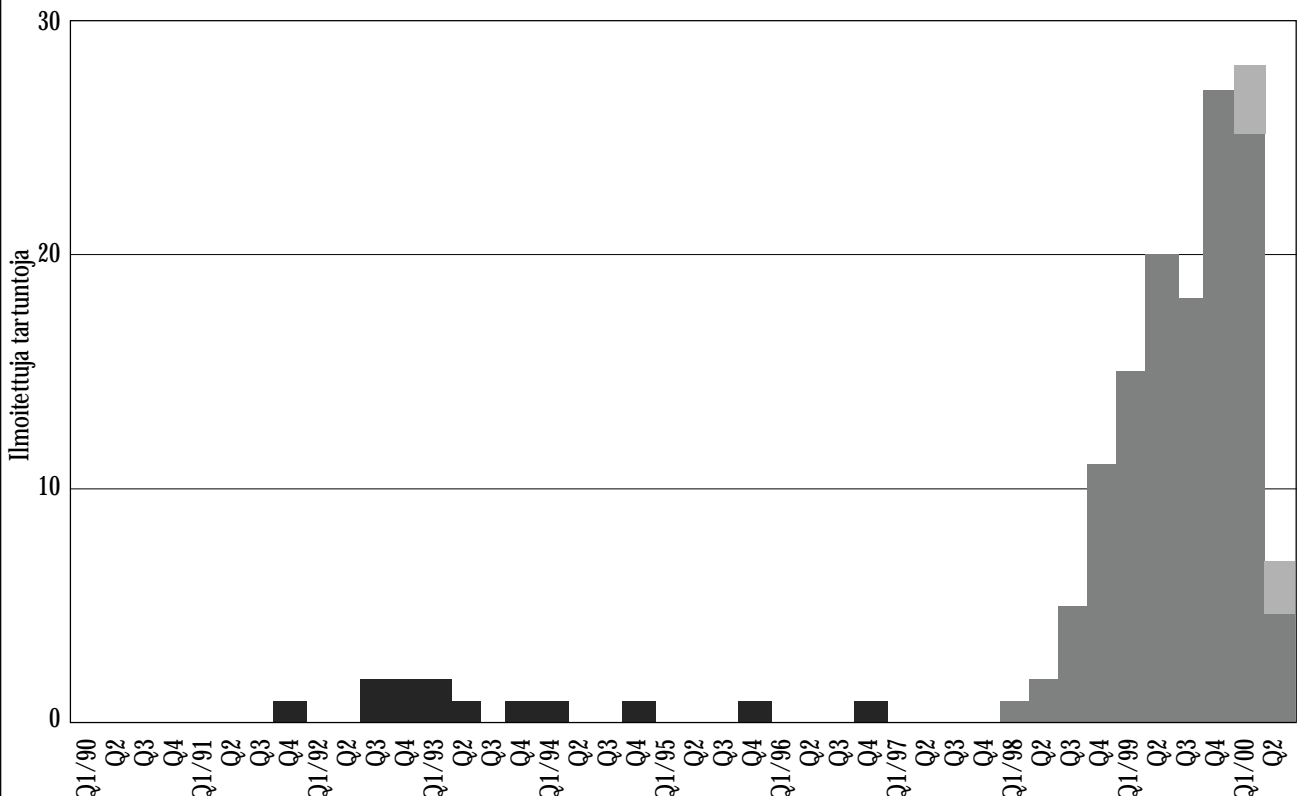
RASKAANA OLEVIENT
HIV-SEULONTAA

Vuonna 1998 HIV-testi liitettiin äitiysneuvolatutkimuksiin. HIV-testi on muiden neuvolatutkimusten tavoin vapaaehtoinen. HIV-, HBV- ja kuppatutkimukset tehdään

KUUKAUDEN KUVA

SUOMESSA TODETUT, RUISKUUHUMEISTA SAADUT HIV-TARTUNNAT

■ raportointiviive ■ ulkomaiset ■ kotimaiset



Lähde: KTL, infektioepidemiologian osasto 2000

KTL:n neuvolaserologisessa laboratoriossa Oulussa.

Raskaana oleville tehdyn kyselyn perusteella voidaan yleisesti todeta, että raskaana olevat suhtautuivat varsin myönteisesti kaikkien raskaana olevien vapaaehtoiseen HIV-seulontaan. Varsin moni vastaajista piti HIV-testiä osana asiaankuuluvia neuvolatutkimuksia ja luonnollisena asiana. Kyselyn tulosta tukee vahvasti se, että vuonna 1999 HIV-testistä kieltäytyi vain 0,5 prosenttia odottavista äideistä.

Moni nainen haluaa HIV-tartunnasta huolimatta synnyttää lapsen. Tieto siitä, että lapsen tartuntariskiä voidaan tehokkaasti vähentää, voi lisätä tätä halua. Pari vuotta sitten Salo ym. (1998) raportoivat 15 HIV-positiivisesta äidistä ja heille syntyneistä 17:stä lapsesta. Kahta lukuun ottamatta lapset olivat syntyneet toivottuina. Tuossa aineistossa ainoistaan yksi nainen oli saanut tartunnan ruiskuhuumeiden käytön välityksellä. Raportoidussa aineistossa kuukaan lapsista ei ollut saanut tartuntaa.

Raskaana olevien HIV-seulontaohjelman käynnistämisen yhteydessä äitiysneuvoloille tarjottiin koulutusta ja kaikkiin äitiysneuvoloihin toimitettiin tietopaketti, joka on myös luettavissa KTL:n internet-palvelimesta (www.ktl.fi). Äitiysneuvoloiden lisäksi tietoa pitäisi jakaa myös terveyskeskuksiin yleensä ja raskaudenkeskeytysasioita hoitaviin yksiköihin. Äidistä lapseen tarttuvien HIV-tartuntojen ehkäisy on tärkeä haaste, joka kutsuu sekä sosiaali- ja terveydenhuollon että muiden alojen osaajia. Lapsen synnyttyä on myös tärkeää muistaa tukea perhettä ja vanhempien hyvinvointia siitä huolimatta, onko lapsi saanut tartuntaa tai ei. □

Anne-Marie Vartti, KTL

(09) 4744 8665, anne-marie.vartti@ktl.fi

Kirjoitus perustuu tutkimukseen

Vartti A-M, Äidistä lapseen tarttuvan

HIV-tartunnan ehkäisy, Tampereen yliopisto,

Terveystieteen laitos (painossa)

TUPAKANSAVU JA ILMANVAIHTO

12.12.2000 LAHDESSA

Uudistetun tupakkalain ensimmäinen vaihe tuli voimaan maaliskuussa 2000.

Keskeiset uudistukset koskevat ravintolatupakoinnin rajoittamista. Tarkoituksena on ravintolatyöntekijöiden ja asiakkaiden terveyden suojeleminen vähentämällä altistumista tupakansavulle ravintoloiden tarjoilutiloissa.

Tupakansavu- ja ilmanvaihtopäivän tarkoituksena on perehdyttää tupakkalakiin ja hyväksyttäviin ja suositeltaviin ratkaisuihin ravintoloiden sisäilmaston, ilmanvaihdon ja savuttomien tilojen suunnitteluun.

Järjestäjät: Etelä-Suomen lääninhallitus, Lappeenrannan aluetyöterveyslaitos ja Kymen työsuojelupiiri

Kohderyhmät: Etelä-Suomen läänin terveydenhuolto-, työterveys-, terveyden- suojelu- ja työsuojeluhenkilöstö, anniskeluluvan haltijat ym., ravintoloitsijat, suunnittelijat ja rakennusviranomaiset

Aika: 12.12.2000 tiistai klo 9.30–15.00

Paikka: Lahden aikuiskoulutuskeskus, auditorio, Kirkkokatu 16, Lahti

Osallistujamäärä: 180 osallistujaa ilmoittautumisjärjestyksessä

Ilmoittautuminen: 1.12.2000 mennessä lääninhallituksen Kouvolan yksikköön sähköposti: tarja.lemmetti@eslh.intermin.fi, faksi 02051 64045,

Ilmoittautumiseen pyydämme seuraavat tiedot:

- tilaisuuden nimi "tupakka ja IV-pvä" 12.12.2000
- osallistujan nimi ja toimi sekä yhteystiedot

Kurssi on maksuton

Lisätietoja Irma Kanninen puhelin 02051 64030, 040 557 4861

- | | | |
|-----------------|-------|---|
| Ohjelma: | 9.30 | Uusi tupakkalaki
<i>Lakimies Matti Kunnari, Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus</i> |
| | 10.30 | Viranomainen tupakkalain valvonnassa
• työsuojeluviranomainen
<i>Lakimies Marita Lepistö, Kymen työsuojelupiiri</i>
• ympäristöterveydenhuolto, terveydensuojelu
<i>Ylitarkastaja Irma Kanninen, Etelä-Suomen lääninhallitus</i> |
| | 12.00 | Tupakansavun mittaaminen ja Altistumisen biologinen monitorointi
<i>Tutkija Tom Johnsson, Uudenmaan aluetyöterveyslaitos</i> |
| | 13.15 | Ravintoloiden ilmanvaihto
<i>tutkimusinsinööri Markku Hyvärinen, Lappeenrannan aluetyöterveyslaitos</i> |

KANSANTERVEYSLAITOS



Päärakennus
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 47 441
<http://www.ktl.fi>

KANSANTERVEYS

KTL:N TIEDOTUSLEHTI

Päätoimittaja Pauli Leinikki

Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8403

Faksi (09) 4744 8468

pauli.leinikki@ktl.fi

Toimitussihteeri Merja Tielinen

Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki

Puhelin (09) 4744 8743

Faksi (09) 4744 8746

merja.tielinen@ktl.fi

TOIMITUSKUNTA

Pentti Huovinen

PL 57, 20521 Turku

Puhelin (02) 251 9255

Faksi (02) 251 9254

pentti.huovinen@ktl.fi

Leena Korhonen

PL 95, 70701 Kuopio

Puhelin (017) 201 372

Faksi (017) 201 155

leena.korhonen@ktl.fi

Hanna Nohynek

Mannerheimintie 166

00300 Helsinki

Puhelin (09) 4744 8246

Faksi (09) 4744 8675

hanna.nohynek@ktl.fi

Eeva Pekkanen

Mannerheimintie 166

00300 Helsinki

Puhelin (09) 4744 8685

Faksi (09) 4744 8468

eeva.pekkanen@ktl.fi

Lehden aineistoa lainattaessa
on lähde aina mainittava.

TARTUNTATAUTIREKISTERI

Puhelin (09) 4744 8484 Eija Kela

Faksi (09) 4744 8468, eija.kela@ktl.fi

EPIDEMIAKONSULTAATIOT

Puhelin (09) 4744 8557

ROKOTUSNEUVONTA

Matkailijoiden rokotukset

ma ja to klo 10–12, puhelin (09) 4744 8485

Muu rokotusneuvonta (rokotusaikataulut,

neuvolarokotukset, haittavaikutukset):

arkisin klo 9–12

puhelin (09) 4744 8243

YMPÄRISTÖONGELMANEUVONTA

Puhelin (017) 201 325

ISSN 1236 - 973X

Painopaikka: Askon paino 10.2000